Ueber

einen Fall von Mammacarcinom beim Manne

mit Metastasen auf Pleura, Lunge und im Mediastinum anticum.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät der k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur

Erlangung der Doctorwürde in der gesammten Medicin

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. **Seitz**

vorgelegt von

Carl Puchner,

approb. Arzt.

MÜNCHEN.

Buchdruckerei von Julius Fuller, Hundskugel 3.

1887.

Ueber

einen Fall von Mammacarcinom beim Manne

mit Metastasen auf Pleura, Lunge und im Mediastinum anticum.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät der k. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

zur

Erlangung der Doctorwürde in der gesammten Medicin

unter dem Präsidium des

Herrn Professor Dr. **Seitz**

vorgelegt von

Carl Puchner,

approb. Arzt.

MÜNCHEN.

Buchdruckerei von Julius Fuller, Hundskugel 3.

1887.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548321_0093

Wenn ſchon im Allgemeinen Erkrankungen der männlichen Brüſte im Vergleiche zum Vorkommen ſolcher beim weiblichen Geſchlechte, deſſen Bruſtdrüſe ja bekanntlich ziemlich häufig Sitz der verſchiedenſten Krankheitsproceſſe zu ſein pflegt, ziemlich ſelten zur Beobachtung kommen, ſo ſind es namentlich maligne Geſchwülſte, deren Vorkommen an der männlichen Bruſt ſehr ſelten zu nennen iſt. Von mehreren Autoren in dieſer Richtung zuſammengeſtellte Statistiken ergeben mit beinahe völliger Übereinſtimmung, daſs von allen vorkommenden Brustdrüſentumoren maligner Natur nur etwa 2 % auf das männliche Geſchlecht entfallen.

In gleicher Weiſe gehören Neubildungen im Mediaſtinalraume zu den Seltenheiten.

Durch die Güte meines hochgeehrten Lehrers, Herrn Profeſsor Dr. SEITZ iſt mir ein Fall von zweimal operiertem Mammacarcinom beim Manne, mit Metaſtaſenbildung und Ablagerung krebſiger Maſſen im vorderen Mediaſtinalraume, auf der Pleura und in die Lunge zur Veröffentlichung überlaſſen worden.

Bevor ich auf die nähere Beſchreibung des Falles ſelbſt eingehe, ſei es mir geſtattet, einige Fälle aus der Literatur vorauszuſchicken, die mir mit dem vorliegenden Falle viele Ähnlichkeit zu haben ſcheinen:

Wir finden zunächſt in einer Schrift von ACKER*) fünf

*) Deutſches Archiv für klin. Medicin B. XI. pag. 173 ff. ACKER „Zur Pathogeneſe der Geſchwulſtmetaſtasen".

Fälle aufgeführt, in denen ſecundärer Krebs der Pleura und der Lunge nachgewieſen wurde, und ſcheinen mir beſonders drei davon unſere nähere Beachtung zu verdienen.

Fall II.

Kliniſche Diagnoſe: Carcinoma colli; Leichendiagnoſe: Ulcerierender, flacher Epithelkrebs des Halſes, ſecundäre Krebsknoten der Lunge.

„Durch den linken Oberlappen verſtreut eine Anzahl unregelmäſsiger, zum Theil confluierender, ſchlaffer, lobulärer Infiltrate, theils mit blau-rother, theils blaſs-gelblich-grauer, bei Druck eitrige Flüſſigkeit ergieſſender Schnittfläche; ferner mehrere kleine Knoten, die ſich microſcopiſch als Epithelkrebsknoten mit Zapfen und Kernen ergeben".

Fall III.

Kliniſche Diagnoſe: Carcinom des Magens und der Leber;

Leichendiagnoſe: Carcinom des Magens, Carcinom des Bauchfells, ſecundäre, multiple Krebsknoten der Lunge.

„Alle drei Lappen der rechten Lunge durchſetzt von ſehr zahlreichen, bis etwa erbſengroſsen, mattgrauen, krebſigen Knoten; links durch beide Lappen zerſtreut eine Anzahl kleiner, krebſiger Knoten".

Fall IV.

Kliniſche Diagnoſe: Krebs des Magens und der Leber;

Leichendiagnoſe: Krebs des Magens und der Leber; ſecundäre Krebsknoten der Lunge.

„Links der untere Lappen und die entſprechende Coſtalpleura dickbeſchlagen mit gelblichen, faſerſtoffigen Membranen, welche zugleich ſtrangförmig von der Coſtalpleura zur Lunge gehen, und dadurch ein Netz bilden, in deſſen Maſchen mehrere Unzen gelblichtrüber Flüſſigkeit ſich finden. Die linke Lunge enthält eine Anzahl ſtecknadelkopf- bis kirſchgroſser, gelblicher, weicher Knoten, die über die Schnittfläche und theilweiſe über die Pleura prominieren. Bronchialdrüſen vergröſsert, medullar und käſig entartet".

In jedem dieſer drei Fälle finden ſich, genau wie bei dem von mir zu beſchreibenden, ſecundäre Krebsknoten auf der Pleura und in den Lungen.

Im ferneren mufs eine Arbeit von Dr. SCHUCHARDT*) erwähnt werden, in welcher alle bisher zur Beobachtung gekommenen Fälle von Krebsbildung in der männlichen Bruft zufammengeftellt find; es find hier im Ganzen 348 Fälle geboten, von denen 219 des genaueren befchrieben find.

Es möge mir vergönnt fein, aus diefer reichen Sammlung einige Fälle, die mir in Bezug auf den von mir beobachteten befondere Ähnlichkeit zeigen i. e. in denen fich nach vorausgegangenem Mammacarcinom Krebs der Lunge zeigte, im nachfolgenden kurz zu fcizzieren:

I. Fall von WAGSTAFFE aus dem Cancer-Hospital zu Brompton:

J. D., 42 Jahre alt, hat eine grofse ulcerierende Gefchwulft der Bruft.

17. Mai 1875 aufgenommen, ftarb am 26. Juni 1875.

„Ausgedehnte, fecundäre Ablagerung in den Lungen und auf der Pleura".

II. Fall von v. NUSSBAUM:

J. Sch. 9. Nov. 1867 Operation einer fauftgrofsen, carcinomatöfen Gefchwulft der rechten Bruft.

Tod am 30. Nov. 1867.

„Es fanden fich erbfengrofse Metaftafen in Lunge und Leber".

*) III. Fall von JAK. MASS, Krankenhausarzt zu Neuötting:

X. 47 Jahre; am 3. Juli 1872 operiert, Wundheilung ohne Störung.

März 1874 Eintritt in's Krankenhaus mit den Erfcheinungen der Lungenphthife. Tod 30. Mai 1874. Krebsrecidiv war nicht eingetreten.

IV. Fall von v. NUSSBAUM:

G. W. 67 Jahre alt. Im Zeitraum von 11 Monaten zweimal operiert; jedesmal Heilung per primam intentionem.

„Soll $^1/_2$ Jahr nach der zweiten Operation an allgemeiner Carcinofe geftorben fein".

*) V. Fall von TRAVERS:

X. hat eine platte Gefchwulft von 7 cm. Durchmeffer, in

*) Archiv für klin. Chirurgie B. XXXI. Heft I. 1884.
Dr. B. SCHUCHART: Zur Casuiftik und Statiftik der Neubildungen in der männlichen Bruft.

der Gegend der linken Bruſtwarze, hart, beulig, Achſeldrüſen induriert. Geſchwulſt beſteht ſeit 4 Jahren und iſt beſtändig gewachſen.

Trockener, beſtändiger Huſten, welcher ſich ſeit kurzem beträchtlich geſteigert hat. Dyſpnoe, Suffocation beim Niederlegen.

Das Bruſtübel (Tuberkuloſe) iſt für eine Operation ſchon zu weit fortgeſchritten. Microſcopiſche Unterſuchung ergab Carcinom.

*) VI. Fall von H. COOTE:

Mann von 45 Jahren, bemerkt ſeit 1 Jahr in der rechten Bruſt einen harten, beweglichen Knoten, der ſich langſam vergröſsert hatte, zur Zeit der Aufnahme nuſsgroſs war. Drüſen in der Achſel induriert.

Allmähliches Schwinden der Kräfte: Reſpiration ängſtlich, chroniſche Bronchitis.

Nach einem halben Jahre war der Zuſtand des Patienten der eines Sterbenden.

VII. Fall von IMAGE, dem Aelteren, aus dem Suffolk-General-Hoſpital:

G. W. 50 Jahre, 29. Febr. aufgenommen und wegen Krebs an der link. Bruſt operiert. Die Wunde heilte.

„Aber nach einigen Monaten kehrte der Krebs wieder und tötete, indem die Pleura und Lunge afficiert wurden.“

VIII. Fall von LABORDE:

Pat. 61 Jahre; es bildete ſich in der Bruſt eine Geſchwulſt, die ſich nach und nach vergröſserte und an deren Oberfläche ſich eine Einziehung bildete. Cachexie und Tod.

Sektion: Krebs der Mamma, und zerſtreute Knoten, Krebs der Pleura in Talgfleckenform.

IX. Fall von CHENET aus dem Hôpital de la Pitié:

J. L. 53 Jahre. Nach wiederholtem Trauma auf die Bruſtwarze Ulceration derſelben.

Zuweilen Huſten, 3 Tage vor dem Tode Blutſtreifen im Auswurfe. Tod am 12. Dez. 1872.

„Lungen mit kreideartigen Indurationen durchſetzt; Leber von kleinen bohnenförmigen Indurationen durchſetzt.“

Soweit die aus der Literatur als einschlägige zu bezeichnenden Fälle.

Bemerkenswerth erscheint mir noch der Umstand, dass in 25 von den 219 näherbeschriebenen Fällen eine bestimmte Ursache, ein Trauma als Entstehungsgrund des Carcinoms der Brust mit Bestimmtheit zu eruieren war. Wie wir sehen werden, ist auch in dem von mir im folgenden zu beschreibenden Falle ein Trauma auf die rechte Brustwarze als urlächliches Moment angegeben worden.

Jch habe ferner die mit * bezeichneten Fälle als dem zu beschreibenden analoge aufführen zu müssen geglaubt, obwohl von einer Krebsbildung in den Lungen bei denselben nicht direkt gesprochen wird. Aber es giebt ja bei kleinen, zerstreut liegenden Tumoren die physikalische Untersuchung keinerlei genaue Anhaltspunkte, so dass die dabei vorkommenden Symptome leicht zur Diagnose: phthisis pulmonum führen können; es ist ja überhaupt die Diagnose auf eine Neubildung im Mediastinum oder in der Lunge schwierig, in den allerseltensten Fällen aber intra vitam mit Sicherheit zu stellen.

Der in folgendem näher zu beschreibende Fall betrifft den MATH. BAUER, 62 jährigen pensionirten Bahnwärter von hier, und ist mir aus dessen Vorgeschichte folgendes bekannt geworden.

B., nach seiner Angabe früher bereits einmal wegen einer Neubildung in der rechten Brust operiert, trat, nachdem sich an der gleichen Stelle ein Recidiv gebildet hatte, im Jahre 1881 in die Behandlung des Herrn Prof. Dr. HELFERICH zu München.

Als Entstehungsursache der Neubildung giebt Patient einen Schlag auf die rechte Brustwarze an, den er im August 1874 erhalten haben will. Von der Brustwarze aus sei eine Geschwulst gewachsen, die sich bis in die Gegend der Achselhöhle fort erstreckte und im Jahre 1875 (am 15. Mai) entfernt wurde.

Die Exstirpation des Recidives durch Herrn Prof. HELFERICH geschah am 9. Dezember 1881, und zwar wurde von demselben

eine genaue Excision des einige Centimeter unter der gesunden Haut sitzenden Tumors, sowie auch der infiltrirten Achseldrüsen derselben Seite vorgenommen, wobei Operation und Wundheilung vollständig glatt verliefen.

Über die Art der Geschwulst ergab die damalige Untersuchung folgenden Befund:

Die exstirpirte Geschwulst zeigte einen ausgesprochen alveolären Bau. Mit fein fibrillärem Bindegewebe umgeben finden sich grosse, theilweise zerklüftete Hohlräume von runder bis ovaler Form, welche ganz oder theilweise von dicht gehäuften Massen von verschiedenen Zellformen ausgefüllt waren. Grösstentheils waren es grosskernige Zellen von rundlicher Form; der spärliche Protoplasmaleib war granulirt, der Kern enthielt 3—6 deutliche, dunkel tingirte Kernkörperchen. Diesen zunächst kamen am häufigsten Zellen vor, denen man ab und zu noch im Bindegewebsgerüste wieder begegnete; sie hatten ganz den Charakter von Lymphzellen und waren stark tingirt; die dritte Form, welche sehr deutlich ausgesprochen, wenn auch spärlich zu finden war, glich ganz dem Drüsenepithelium einer weiblichen Mamma: polygonaler, grosser (oft rechteckiger) Protoplasmaleib ohne Körnerinhalt und grosser runder Kern mit mehreren Kernkörperchen; dieselben sassen der Alveolarwand an, kamen aber auch mitten in den Hohlräumen vor. Das Bindegewebe mit zahlreichen Spalträumen mässig hervortretend, zeigte den bekannten, welligen, gestrichelten Bau mit zahlreichen, dunkel tingirten Spindelzellen.

Soweit der Befund der damaligen microscopischen Untersuchung der exetirpirten Geschwulst.

Am 31. Juli 1883 trat B., der bereits früher mit dem Verdachte auf Phthise, sowie mehrmals an chronischem Magencatarrh poliklinisch war behandelt worden, wieder in poliklinische Behandlung, wobei er folgende Angaben machte:

Patient musste wegen allgemeinen Schwächegefühls seit ca. 10 Wochen das Bett hüten und will in dieser Zeit ganz beträchtlich abgemagert sein. Dabei klagt er über Obstipationen, sowie über Beschwerden von Seite des Magens, die sich durch Druckempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit in der Gegend

des Magens und der Leber, fowie durch hochgradige, ftetige Verfchleimung kund geben. Huften, woran Patient vor längerer Zeit gelitten haben will, foll fich auf Darreichung einer Medicin merklich gebeffert haben, fo dafs dem Patienten gegenwärtig keine Befchwerden dadurch verurfacht werden. Jedoch follen nach feiner Angabe Athembefchwerden, die anfallsweife wiederkehren, beftehen.

Die Obftipation foll eine beftändige fein, nur folange Patient von dargereichten Pulvern Gebrauch machte, foll fie gehoben, nach Verbrauch derfelben fogleich wiedergekehrt fein. Appetit ift gering, Durft nicht gefteigert.

Der Puls ift nicht fehr kräftig, aber im übrigen normal, eine Temperaturfteigerung befteht nicht.

Im Jahre 1854 hat Patient die Cholera durchgemacht, fonft will er niemals erheblich krank gewefen fein. Über feine Eltern und Gefchwifter weifs er nur anzugeben, dafs erftere in ziemlich hohem Alter geftorben, letztere gefund find.

Bei der Unterfuchung zeigt Patient, der übrigens von kräftigem Körperbau und feftem Knochengerüfte ift, ganz beträchtliche Abmagerung, ein faft vollftändiges Schwinden des Panniculus adipofus am ganzen Körper.

An Stelle der rechten Bruftwarze findet fich eine von hier ausgehende und fchräg nach oben und aufsen bis in die Achfelhöhle verlaufende, etwa 3 —4 Cm. breite, bläulich-weifse blaffe, nur wenig verfchiebliche Narbe, die den Patienten verhindert, ohne Spannung und Schmerz an diefer Stelle den Arm über Schulterhöhe zu erheben. Eine Anfchwellung der Drüfen läfst fich nirgends conftatiren.

Die Percufsion der Lunge ergiebt links vorne ober- und unterhalb der Clavicula bis zur zweiten Rippe herab etwas kürzeren Schall als rechts. In der linken Axillarlinie und hinten links bis einen Finger breit unter dem Angulus fcapulae eine fchwache Dämpfung mit abgefchwächtem Athmungsgeräufch; das letztere erfcheint übrigens überall veficulär. An einigen Stellen find Rhonchi zu hören, die ihre Stelle wechfeln und mit Huftenftöfsen verfchwinden.

Rechts, zwifchen der erwähnten Narbe und der oberen

Lebergrenze hört man constanter ein crepitirendes Raſſelgeräuſch.

Die Palpation der Magengegend ergiebt eine ziemlich bedeutende Schmerzhaftigkeit gegen Druck, und zwar ſtrahlen die Schmerzen vom Magen aus über die Lebergegend nach rückwärts aus.

An dieſem objektiven Befunde, wie ihn die erſte Unterſuchung am 31. Juli ergab, änderte ſich während der zweimonatlichen Beobachtuug des ganzen Krankheitsverlaufes nichts weſentliches. Nur iſt zu bemerken, daſs die Schmerzhaftigkeit der Magengegend ſchon nach ziemlich kurzer Zeit nachlieſs und ſich ſomit die ſubjektiven Klagen des Kranken von dieſer Zeit ab abwechſelnd bald auf Schmerzen in der oberen Lebergegend, bald auf quälenden Huſten, der in Anfällen auftrat, dann wieder auf häufigen, läſtigen Stuhldrang, ohne daſs eine Ausleerung bewirkt werden konnte, der Hauptſache nach bezogen.

Der Appetit kehrte, nachdem die Magenſchmerzen verſchwunden waren, raſch wieder und lieſs in der Folge bis zu den letzten Tagen wenig zu wünſchen übrig. Dabei war aber der Schlingakt namentlich bei conſiſtenteren Speiſen ziemlich mühſam.

Fieber beſtand im ganzen Verlaufe der Krankheit niemals.

Was nun die Diagnoſe betrifft, ſo wurde bereits nach der erſtmaligen Unterſuchung die Möglichkeit, ja die Wahrſcheinlichkeit ausgeſprochen, daſs man es mit einer bösartigen Neubildung im Innern, mit einem Carcinom zu thun habe, über deſſen Sitz die ſichere Entſcheidung freilich eine ſchwierige war.

Anfangs glaubte man berechtigt zu ſein, als Sitz der carcinomatöſen Neubildung den Magen annehmen zu müſſen, mit ſecundärem Übergreifen des Proceſſes auf die Leber. Denn wenn auch die wichtigſten allgemeinen Symptome eines Carcinoma ventriculi, wie Fühlbarwerden eines Tumors in der Magengegend, Erbrechen eventuell von blutigen Maſſen fehlten, ſo muſste doch das kachectiſche Ausſehen des Patienten, die beſtehenden Störungen von Seite des Magens, ſowie auch die Schmerzhaftigkeit der betreffenden Gegend die Diagnoſe auf

eine bösartige Neubildung im Innern rechtfertigen laſſen, zumal auch durch die Anamneſe erwieſen wurde, daſs bereits zweimal ein bösartiger Tumor extirpirt war, ſomit alſo die Wahrſcheinlichkeit einer ſecundären Carcinombildung im Innern ziemlich nahe lag.

Die Behandlung des zweifelsohne beſtehenden Gastricismus wurde durch dieſe Diagnoſe, die übrigens mit aller Reserve, vorbehältlich der weiteren Beobachtung des Krankheitsverlaufes geſtellt war, natürlich nicht beeinfluſst.

Schon nach kurzer Zeit muſste die Annahme, daſs der Sitz der Neubildung der Magen ſei, aufgegeben werden, indem nemlich die groſse Schmerzhaftigkeit des Magens und der betreffenden Gegend ſchon nach einfachen, ſtreng diätetiſchen Maſsregeln ſich nach wenigen Tagen legte.

Nunmehr ſchien es, da der Schmerz in der Lebergegend fortdauerte und die ſtetig zunehmende Cachexie des Patienten den Gedanken an ein bösartiges Neoplasma nicht aufgeben lieſs, am wahrſcheinlichſten, daſs eine direkte Fortwucherung krebsiger Maſſen von der Narbe reſp. von dem primären Mammacarcinom aus durch die Thoraxwand auf die Pleura und von hier aus durch das Zwerchfell auf die Leber anzunehmen und damit zugleich auch das eigentümliche, durch Wochen andauernde crepitirende Geräuſch zwiſchen Narbe und oberer Lebergrenze in Verbindung zu bringen ſei.

(Daſs mit dieſer Annahme, daſs das Carcinom durch die Thoraxwand direkt auf die Pleura übergegriffen habe, nicht vollſtändig das richtige getroffen wurde, darauf werde ich im ſpäteren noch zurückkommen.)

Die beſtehende Dämpfung und das abgeſchwächte Athmen über dem linken Unterlappen ſchien ſich am einfachſten aus der Anweſenheit alter pleuritiſcher Verwachſungen und Schwarten zu erklären, da bei dem vollſtändig fieberfreien Verhalten, ſowie bei dem Mangel eines pleuritiſchen Seitenſchmerzes oder dem Nachweiſe eines Ergusſes kein Grund zur Annahme einer Pleuritis vorlag.

Die leichte Schalldämpfung an der Spitze linkerſeits wurde auf einen abgelaufenen phthiſiſchen Proceſs zurück-

geführt, während das Vorhandenſein von Rhonchi, ſowie der zeitweiſe auftretende Huſten auf eine chroniſche Bronchitis gedeutet wurden.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit befeſtigte ſich die Anſicht immer mehr, daſs es ſich um ein bösartiges Neoplasma im Innern handle und muſste demgemäſs die Prognoſe äuſserſt infauſt geſtellt werden.

Die Therapie konnte ſelbſtredend nur eine rein ſymptomatiſche ſein, und wurden neben Regelung der Diät namentlich roborirende Mittel gereicht, ſowie ſtets für rechtzeitige Entleerung des Darmes geſorgt, je nachdem eben die Hauptklagen des Patienten ſich auf dieſe oder jene Beſchwerden erſtreckten.

Dabei wurde dem Patienten, der allen Tropfen eine beſondere Heilkraft vindicirte, zu ſeiner pſychiſchen Beruhigung zuletzt Tinctura rhei aquoſa tropfenweiſe verordnet.

In ſolcher Weiſe blieb im Allgemeinen das Krankheitsbild während der ganzen Beobachtungszeit ziemlich das gleiche; zugleich jedoch erfolgte eine ſtetig zunehmende Conſumption der Kräfte des Patienten; derſelbe magerte zuſehends noch weiter ab, die Herzthätigkeit wurde von Woche zu Woche ſchwächer, und unter den Erſcheinungen des Marasmus gieng der Patient am 21. Sptbr. 1883, Abends 6 Uhr aus dem Leben.

Sectionsbefund

bei der am 22. Septbr. 1883, Nachmittags 4 Uhr, 22 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Autopſie:

Mittelgroſse Leiche von kräftigem Knochengerüſte, äuſserſt abgemagert, Fettpolſter völlig geſchwunden. Muskulatur ſchlaff, Hautdecken blaſs, über dem Abdomen ſchmutzig-graulich verfärbt. An Stelle der rechten Bruſtwarze findet ſich eine etwa 15 cm. lange, weiſse Narbe, die ſich bis in die Achſelhöhle hinein erſtreckt.

Beim Einſchneiden in die Hautdecken zeigte ſich das Fettpolſter völlig verſchwunden, die Muskulatur ſchlaff, anaemiſch und ſchwach entwickelt, blaſs.

Die Leber iſt unter dem Rippenbogen verborgen. Der

Magen liegt mit dem Fundus und der grofsen Curvatur in gröfserer Ausdehnung frei vor und hat das Colon transverum entfprechend nach abwärts gedrängt.

Die übrigen Gedärme befinden fich in normaler Lage, das Netz bedeckt die dünnen Gedärme gehörig.

In der Bauchhöhle etwa $1^1/_2$ Eflöffel voll von einer leicht blutig tingirten, ferölen Flüffigkeit.

Nach Wegnahme des Bruftbeines zeigen fich eine grofse Menge knolliger, rundlicher Tumoren, von verfchiedener, bis Wallnufsgröfse, mehr oder weniger innig anhaftend und im vorderen Mediastinum zu einem gröfseren Tumor von Apfelgröfse confluirend. Der letztere zeigt auf feiner Oberfläche diefelbe knollige Form wie die kleineren, einzeln ftehenden. Er bedeckt den Herzbeutel zum Theil, der nur noch etwa in Thalergröfse frei vorliegt, und durchfetzt die Wand desfelben an verfchiedenen Stellen, fo dafs an der Innenfläche kleinere und gröfsere Knollen von derfelben Befchaffenheit zu Tage treten.

Die erwähnten Gefchwülfte find von gelblich-weifser Farbe, ziemlich weicher Confiftenz und auf der Schnittfläche, von der fich mit der Meffcrklinge ein milchiger Saft abftreifen läfst, von markigem Ausfehen. Ähnliche, theils gröfsere, theils kleinere Knoten und Knötchen finden fich aufserdem auf der Oberfläche beider Lungen zerftreut, namentlich auf der Vorderfläche beider Oberlappen in gröfserem Umfange, über den Unterlappen mehr vereinzelt. Diefelben zeigen Stecknadelkopf- bis Bohnengröfse, find circumscripte, vereinzelt ftehende Knötchen, die auf ihrer, der Coftalpleura zugewandten Fläche abgeplattet oder nabelartig vertieft find. Solch kleinere finden fich auch auf der das Zwerchfell bekleidenden Pleura.

Die Coftalpleura ift ebenfalls, vorzüglich in den oberen Parthien von ähnlichen Tumoren befät, die hier zu dicken Längswulften confluiren, welche in ihrem Verlaufe den oberen Rippen, bis zur dritten Rippe rechts, bis zur vierten Rippe links herab entfprechen, während die Intercoftalräume mehr oder weniger frei find.

In der Nähe der oben beſchriebenen Narbe ſind, wie überhaupt in der äuſseren Haut und dem Unterhautzellgewebe keine derartigen Knoten zu entdecken. Die Narbe ſteht in keinem continuirlichen Zuſammenhang mit den Neubildungen im Pleuraraume.

In beiden Pleurahöhlen finden ſich $^1/_2$—$^3/_4$ L. einer trübſeröſen, blutig tingirten Flüſſigkeit. Die Lungen ſind beiderſeits in ihren unteren Parthien völlig frei, in den oberen aber zum Theil durch Bindegewebsſpangen, zum Theil direkt mit den der Rippenwand anſitzenden Neubildungen verwachſen.

Beide Lungen mäſsig vergröſsert, die Oberlappen weich, elaſtiſch, Unterlappen etwas derber.

An mehreren Stellen ſind auch Knoten und Knötchen im Lungenparenchym durchzufühlen. Das letztere zeigt ſich auf der Schnittfläche beider Ober- und des rechten Mittellappens von hellrother Farbe, ſchneidet ſich weich, hat etwas verminderten Blutgehalt, normalen Luftgehalt, läſst im Parenchym verſtreut eine mäſsige Menge circumscripter, gegen das übrige Gewebe ſcharf abgeſetzter Knoten erkennen, von Linſen- bis Haſelnuſsgröſse und von gleicher Beſchaffenheit wie die bereits oben beſchriebenen Tumoren. Der Unterlappen iſt beiderſeits von dunkelrother Farbe, faſt aufgehobenem Luftgehalt, blutreich und ödematös.

Die Bronchialdrüſen ſind nicht unerheblich vergröſsert, ſie ſind dunkelſchwarz pigmentirt, zum Theil vom Centrum aus zu mark-weiſsen, offenbar krebſigen Maſſen degenerirt, von denen ſich einmilchiger Saft abſtreifen läſst, wie von jenen Geſchwülſten im Mediaſtinum.

Herz in allen Durchmeſſern verkleinert; Pericardium glatt, glänzend, durchſichtig. Im rechten Herzen einige wandſtändige Thromben zwiſchen den Trabekeln.

Im Herzbeutel eine geringe Menge ſeröser, ſchwach röthlich gefärbter Flüſſigkeit. Beide Herzhälften leer. Herzmuskulatur äuſserſt welk und ſchlaff anzufühlen.

Intima der Pulmonalis blutig imbibirt; Klappen intakt;

Muskulatur des linken Ventrikels fehr reducirt, die Wanddicke beträgt kaum mehr als $^1/_2$ cm.

An den Semilmarklappen der Aorta finden fich leichte kalkige Einlagerungen, die Intima der Gefäfse ebenfalls leicht atheromatös.

Die Organe des Unterleibes zeigen, abgefehen von einer allgemeinen Anaemie und einigen Ecchymofen der gefchwellten Magenfchleimhaut ein völlig normales Verhalten. Nur an der rechten Niere findet fich eine auffallende Abnormität. Diefelbe zeigt in ihrem unteren Pole eine Verdickung im Umfange einer grofsen Kartoffel, welche durch eine leichte Einfchnürung gegen das normale Nierengewebe abgegrenzt ift und welche ein continuirlicher Kapfelüberzug bedeckt. Diefelbe zeigt eine grau-röthliche weifse Schnittfläche, auf welcher eine verwafchene Zeichnung wie vom Nierengewebe zu erkennen ift.

Mit dem Meffer läfst fich ein milchiger Saft wie von einem Krebsknoten abftreifen. Doch ift die Conftiftenz diefes Nierenauswuchfes bedeutend derber wie diejenige der Pleuraknoten.

Durch die Sektion ergiebt fich als Anatomifche Diagnofe:

Multiple Carcinombildung vom vorderen Mediastinum auf der Pleura pulmonis costarum et diaphragmatis, fowie im Lungengewebe.

Primärer Ausgangspunkt wahrfcheinlich im Mediaftinum zu fuchen. Hypoftafe beider Unterlappen. Geringgradige Atheromatofe der Aorta, allgemeine Anaemie. Blutig-feröfes Pleuraexfudat beiderfeits. Carcinom der rechten Niere (?).

Es ift fomit durch durch die Section der Beweis erbracht, dafs unfere Diagnofe in ihrem wichtigften Punkte, da fie von einer bösartigen Neubildung im Innern fprach, vollauf fich beftätigt hat.

Freilich war intra vitam die Anficht ausgefprochen worden, „dafs eine direkte Fortwucherung krebfiger Maffen von der Narbe, refpective von dem primären Mammacarcinom aus durch die Thoraxwandung auf die Pleura und von hier aus auf das Zwerchfell und durch diefes hindurch auf die Leber anzunehmen fei"; in diefem Punkte konnte die Sektion eine Beftätigung der Diagnofe nicht bieten.

Da nun einerfeits zwifchen dem früher beftandenen Mammacarcinom beziehungsweife der Narbe eines folchen und den auf der Pleura, in den Lungen und im Mediaftinum anticum vorgefundenen Tumoren ein direkter Zufammenhang nicht nachgewiefen werden konnte, vielmehr die inzwifchen gelegenen Gewebe keinerlei pathologifche Veränderungen zeigten, und fpeciell Krebszellen nirgendwo finden liefsen, und anderfeits der Gedanke an eine Verfchleppung der Krebsmaffen durch die Blut- und Lymphbahnen fehr nahe liegt, fo haben wir wohl die volle Berechtigung, von fecundärem Krebs der Pleura und der Lungen, mit Anhäufung krebfiger Tumoren im vorderen Mediaftinum zu fprechen.

Dabei pflegen gerade beim Carcinom der Lunge derartige Gefchwülfte zumeift ihren Urfprung aus dem interlobulären Bindegewebe zu nehmen, comprimiren Läppchen und Alveolen, oder dringen in letztere hinein; auch werden nicht felten gröfsere Blutgefäfse arrodirt und dadurch Veranlaffung zu manchmal gar ftarken Hämorrhagien gegeben, was allerdings im gegebenen Falle nicht ftattgefunden, wiewohl das zeitweife Auftreten von Blutftreifen im Sputum auf Zerftörung kleinerer und kleinfter Gefäfse fchliefsen liefs.

Die Frage, ob es fich nicht etwa um einen primären Lungenkrebs handle, der in keinerlei urfächlichem Zufammenhange mit der vorgefundenen Narbe ftehe, der etwa gar das Mammacarcinom als das fecundäre erfcheinen laffe, glaube ich in wenigen Worten erledigen, d. h. verneinen zu können.

Primäre Geſchwülſte ſowohl der Lunge als auch der Pleura gehören zu den groſsen Seltenheiten, während ſecundäre Knoten in den Bruſteingeweiden bei Carcinom peripherer Organe ziemlich häufig beobachtet worden ſind.

Nun iſt in dem beſchriebenen Falle durch die Anamneſe nachgewieſen und durch den oben angeführten microſcopiſchen Befund beſtätigt, daſs ſchon vor 8 Jahren zum erſtenmale die rechte Bruſt Sitz eines carcinomatöſen Proceſſes war, nach deſſen Entfernung ein Recidiv vor zwei Jahren zur Wiederholung der Operation zwang.

Es iſt ſonach nicht anzunehmen, daſs der Krebs in der Lunge und Pleura ſchon ſeit mehr als 8 Jahren beſtanden habe und daſs das Mammacarcarcinom ein ſecundärer Proceſs geweſen ſei.

Dagegen ſpricht vor allem der Umſtand, daſs der Patient nach der zweimaligen Operation ſich jedesmal gut erholte und in früherer Zeit überhaupt keinerlei weſentliche Beſchwerden von Seite der Bruſtorgane hatte. Erſt in den letzten Monaten zeigte er neben den beſchriebenen objektiven Befunden den zeitweiſen Huſten, die Schlingbeſchwerden, die ſtarke Abmagerung und ſchlieſslich den marantiſchen Verfall.

Ferner wäre eine Dauer von mehr als 8 Jahren bei einem Carcinom der Lunge etwas bisher unerhörtes, da ja derartige Proceſſe im Zeitraume von 3—27 Monaten zum Tode zu führen pflegen.

Dafür, daſs die Veränderungen in den Lungen und die Wucherungen auf der Pleura und im Mediaſtinum ſecundärer Natur geweſen, ſpricht im ferneren die Erfahrung, wornach gerade die Carcinome zu denjenigen Arten von Geſchwülſten gehören, welche durch ihre Tendenz zu peripherem Wachsthum zur Zerſtörung der Nachbargewebe führen, und dadurch beſonders befähigt erſcheinen, ſei es durch direktes Hineinwachſen in ein Gefäſs, ſei es durch Arrodirung eines ſolchen, mit dem Blutkreislauf in Contakt zu kommen.

Dabei ſind es, wie beſonders von RECKLINGHAUSEN und KÖSTER betont wurde, namentlich die Lymphgefäſse, welche eine groſse Bedeutung für die Verſchleppnng kleinſter, kreb-

ſiger Partikelchen und ſomit für die Verbreitung der Carcinome und für Metaſtaſenbildungen haben. Embolie iſt nach ACKER*) überhaupt eine Grudlage der metaſtatiſchen Verbreitung aller Geſchwülſte.

Durch dieſe groſse Dispoſition zum Weitergreifen und zur Metaſtaſenbildung ſeitens der Carcinome wird es leicht begreiflich erſcheinen, warum in ſo vielen Fällen die Operation, auch wenn ſie die ganze Geſchwulſt mit allen krebſigen Theilen entfernt hatte, ein Auftreten des Krebſes in anderen, eventuell in inneren Organen nicht verhindern kann, warum ſomit eine möglichſt baldige Operation in allen dieſsbezüglichen Fällen nicht dringend genug empfohlen werden kann.

Auch im beſchriebenen Falle muſs eine Verſchleppung der carcinomatösen Maſſen bereits vor der Recidivoperation ſtattgehabt haben, ſo daſs letztere, ſo ſorgfälltig ſie auch alles Pathologiſche zu entfernen ſuchte, ein Auftreten des Carcinoms in Lunge und Pleura nicht mehr verhüten konnte.

*) Deutſches Archiv für klin. Medicin, B. XI. pag. 173 ff. ACKER, „zur Pathogeneſe der Geſchwulſtmetaſtaſen".

Zum Schluſſe iſt es mir noch eine angenehme Pflicht, Herrn Profeſſor Dr. SEITZ für die Anregung zu dieſer Arbeit und die Überlaſſung des Falles, Herr Dr. C. SEITZ Privatdocent und Aſſiſtenzarzt der mediciniſchen Poli-Klinik für die Liebenswürdigkeit, mit der er mir die Benützung der Bibliothek des Reiſingerianums geſtattete, ſowie für ſeine freundliche Unterſtützung bei der Arbeit meinen beſten Dank auszuſprechen.